

Insuffisance veineuse chronique










Insuffisance veineuse chronique

- Prévalence: 11 à 24% dans les pays industrialisés
- 2 réseaux veineux:
 - profond 90%
 - superficiel= saphènes 10%
 - les perforantes.
- Valvules empêchent le reflux
- 3 systèmes assurent le retour:
 - semelle plantaire (déroulement du pas)
 - pompe musculaire du mollet
 - système abdomino diaphragmatique.
- 3 mécanismes de défaillance:
 - IV superficielle
 - IV profonde
 - IV fonctionnelle.

Insuffisance veineuse chronique

- Symptômes:
 - œdème distal
 - Lourdeurs
 - Prurit
 - Crampes
 - Paresthésies: fourmillements.
 - Plus rare:
 - impatience nocturne
 - érythéralgie
- Signes cliniques:
 - télangiectasies
 - varices
 - dermite ocre
 - atrophie blanche
 - eczéma
 - lipodermatosclérose
 - œdème
 - ulcère.
- Classification CEAP

CEAP Class	0	1	2	3	4	5	6
Description	No visual or palpable signs of CVD	Telangiectasia or reticular veins	Varicose Veins	Edema	Pigmentation: Skin changes assigned to venous disease	Skin changes with healed ulceration	Skin changes with active ulceration
Visual							

Wittens C, Davies AH, Baekgaard N, et al. Clinical Practice Guidelines from the ESVS, *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2015;49:678-737

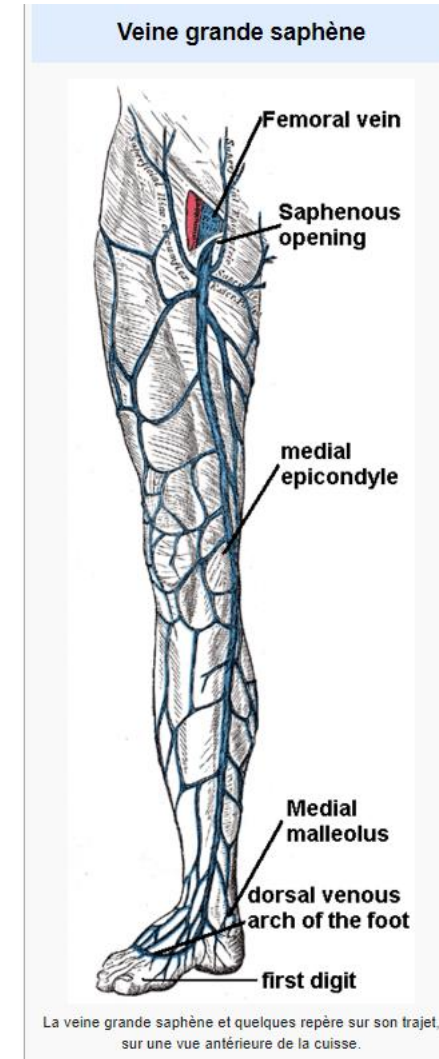
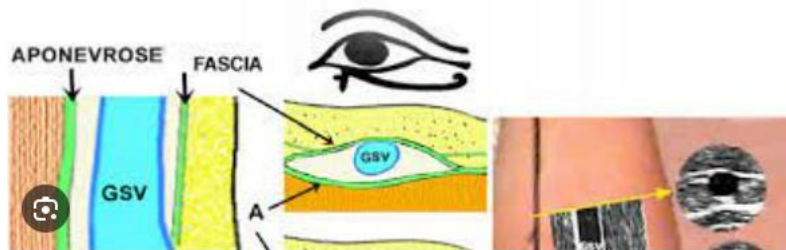


Insuffisance veineuse superficielle

- Esthétique:
 - veines réticulaires et télangiectasies non systématisées: traitement par laser vasculaire esthétique ou microscclérose.
- Les varices:
 - veines dilatées > 3 mm et tortueuses
 - systématisées: collatérales d'une incompetence saphène.
 - non systématisées: indépendantes du réseau saphène.
- Anatomie du réseau saphène
- Résultats échodoppler
- Traitement: que choisir?

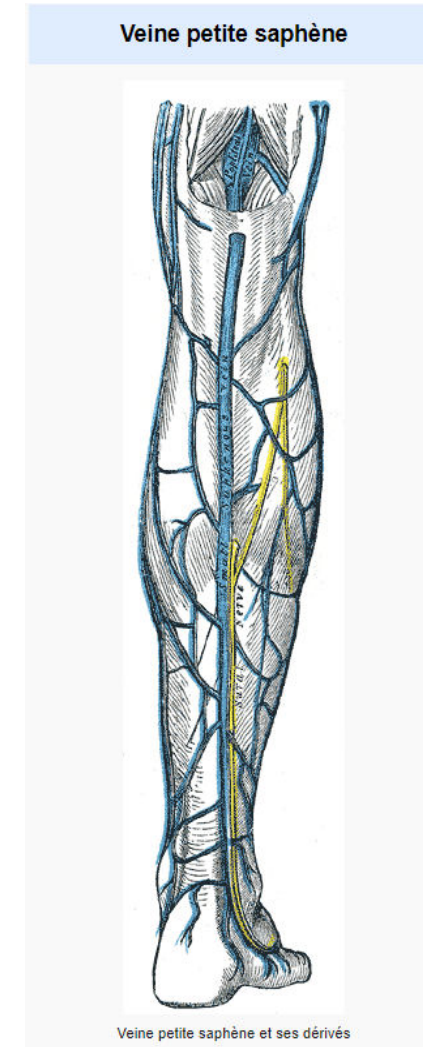
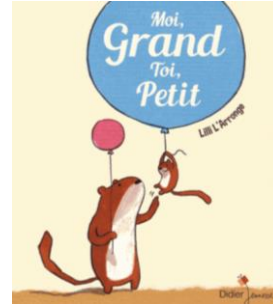
Rappels anatomiques

- La grande veine saphène:
 - 3 repères constants:
 - Passe en avant de la malléole interne.
 - Chemine en arrière du condyle médial du fémur au genou.
 - Crosse se draine dans la veine fémorale commune à 4 cm en dessous de l'arcade crurale.
- *Mais aussi: saphènes antérieure et postérieure accessoires de cuisse.*



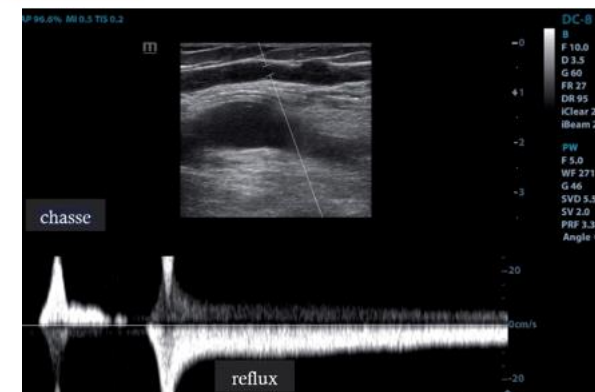
Rappels anatomiques

- La petite veine saphène
 - Naît du bord latéral du pied
 - Passe derrière la malléole externe
 - Remonte le long du mollet
 - Crosse se draine dans la veine poplitée



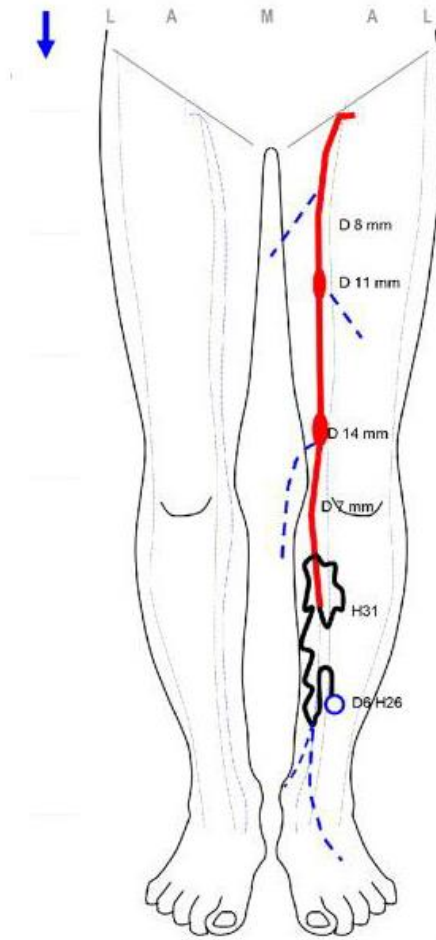
IVC superficielle: consultation de phlébologie

- Antécédents:
 - Grossesse, FCS, MTEV, cardio vasculaire
- Traitements en cours
- Symptômes
- Examen clinique: C de CEAP
- Escabeau de phlébologie
- Echographie doppler vasculaire:
 - Reflux saphène
 - Perforantes incompetentes
 - Synéchies
 - Calibre



IVC superficielle: consultation de phlébologie

- Cartographie



— Veine saphène refluyente
— Varices

Traitement

- Mesures hygiéno diététiques: lutter contre la sédentarité
- Prise en charge des troubles de la statique plantaire : consultation podoposturologique
- Compression veineuse:
 - visée antalgique
 - prévention des troubles trophiques
 - bandes de contention pour le traitement des ulcères
- +/- Veinotoniques



Traitement

- Ablation:

- 3 possibilités:



- Chimique: sclérothérapie échoguidée

- Thermique endoveineuse: laser ou radiofréquence + phlébectomies

- Chirurgicale par stripping

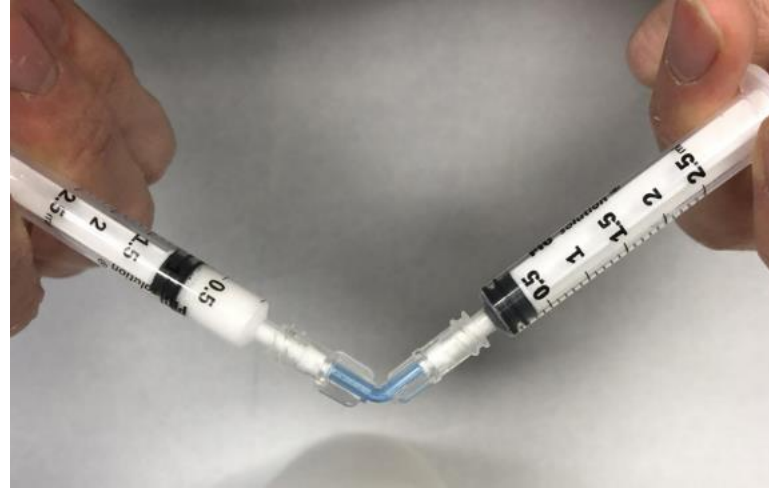


Traitement par ablation

- Choix: taille de la veine à traiter
 - < 4 mm: ablation chimique
 - 4 à 8 mm: ablation chimique ou thermique
 - > 8 mm: ablation thermique
- Chirurgie par stripping
 - Uniquement si non disponibilité de la méthode thermique
 - ou exceptionnellement si crosse > 20 mm: associer crossectomie + ablation thermique

Ablation chimique

- Echosclérose à la mousse
- Saphènes < 8 mm



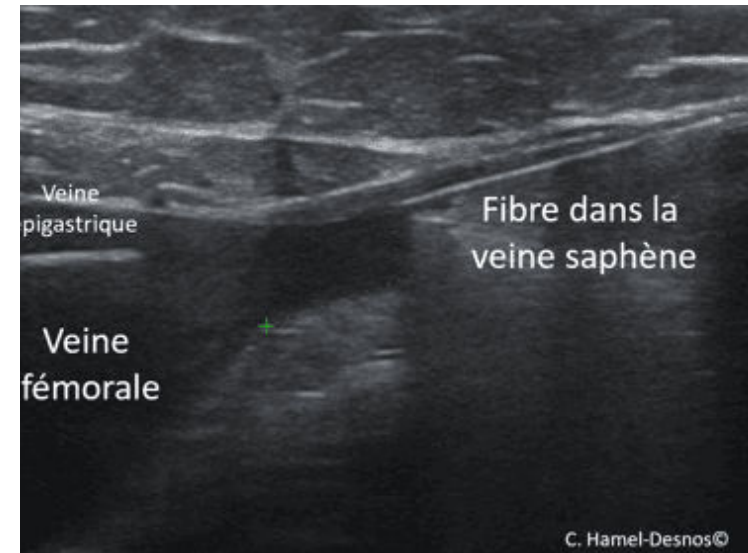
- <https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=gkNiTdpEoNs>

Ablation chimique

- Contre indications:
 - antécédents de MTEV
 - cancer évolutif et dans les 5 années qui suivent le traitement
 - infection locale ou généralisée
 - grossesse, allaitement
 - déambulation limitée
 - foramen ovale perméable.
- Complications:
 - hyperpigmentation post inflammation et douleurs inflammatoires
 - thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire
 - nécroses cutanées

Ablation thermique

- Toutes les saphènes:
 - rectilignes
 - libres
 - calibre > 4 mm
 - **quel que soit l'âge**
- **Technique de 1^{er} choix** (occlusion > 90% à 5 ans):
 - marquage cutané
 - anesthésie par tumescence sous contrôle échographique
- Insertion de la fibre laser, montée jusqu'à la veine épigastrique
- Energie en retirant doucement la fibre
- Retrait
- +/- phlébectomies
- Pour l'information des patients: <https://www.hpsj.fr/specialites/institut-des-varices/laser-endoveineux>



Ablation thermique

- Rares limites: empêchent le spasme de la veine et son accollement à la sonde laser
 - Insuffisance cardiaque droite majeure: veines très dilatées avec un flux spontané et permanent
 - Obésité morbide: hyperpression abdominale et hyperventilation.

IVC superficielle: A retenir



- Quand TRAITER?
 - Demande esthétique
 - Symptomatiques (douleurs, troubles trophiques, thrombose superficielle, perles variqueuses)
- Cas particulier du syndrome de congestion pelvienne et varices d'origine pelvienne: angioscanner pelvien veineux si doute
- **ET toujours:** lutte contre la sédentarité, surpoids
- +/- compressions veineuses classe 2 minimum
- +/- veinotoniques si efficaces

IVC superficielle : A retenir

- Quand NE PAS TRAITER?

- Saphène vicariante

- relais d'une insuffisance veineuse profonde:
 - constitutionnelle
 - acquise: syndrome post phlébitique



- DONC: toujours associer l'exploration échodoppler du réseau profond à l'exploration veineuse superficielle

Pour en savoir plus


- <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/cardiologie/recommandations-et-indications-therapeutiques-des-traitements-interventionnels-des-varices-des-membres-inferieurs>
- Recommandations traitement des varices 13/02/23

IVC profonde acquise: Syndrome post thrombotique

- Définition

- Manifestations cliniques d'insuffisance veineuse chronique consécutives à une thrombose veineuse profonde proximale (de la veine poplitée à la veine cave inférieure)

- Le diagnostic est clinique:

- Score de Villalta 
- Claudication veineuse: survenue d'une tension musculaire douloureuse surale ou crurale à la marche obligeant à s'arrêter et persistant à l'arrêt de l'effort en position debout.

- Echographie doppler vasculaire:


- fibrose complète ou partielle des veines profondes
- et/ou reflux significatif

- Ref: https://www.portailvasculaire.fr/sites/default/files/docs/2019_rbp_spt.pdf

IVC profonde acquise: Syndrome post thrombotique

- Facteurs de risque du SPT
 - Récidive de TVP ipsilatérale: multiplie le risque de SPT par 3 à 6
 - Localisation iliofémorale plutôt que poplitée
 - Age avec une augmentation de 30 % du risque de SPT tous les 10 ans
 - Obésité
 - Qualité de l'anticoagulation

Qualité de l'anticoagulation

- Recommandations
 - Débuter le traitement anticoagulant en cas de suspicion clinique: score de Wells simplifié 
 - Durée du traitement

	Facteurs	Risque annuel de récurrence après traitement de 3 mois	Durée de traitement recommandée
MTEV avec facteur déclenchant majeur transitoire	<ul style="list-style-type: none"> • chirurgie • immobilisation prolongée ≥ 3 jours • fracture des membres inférieurs dans les 3 derniers mois 	Faible (3 %)	3 mois
MTEV avec facteur de risque persistant majeur	<ul style="list-style-type: none"> • cancer en évolution • syndrome des antiphospholipides 	Élevé (9 %)	≥ 6 mois, prolongé tant que le facteur persiste
MTEV idiopathique	<ul style="list-style-type: none"> • absence de facteur déclenchant majeur • absence de facteur de risque persistant majeur 	Élevé (9 %)	≥ 6 mois

Qualité de l'anticoagulation

- Facteurs de modulation qui suggèrent un allongement de la durée de traitement :
 - thrombophilie majeure connue [Grade C](#)
 - déficit en antithrombine
 - facteur V Leiden homozygote
 - facteur II homozygote = mutation homozygote sur le gène de la prothrombine,
 - thrombophilie multiple
 - récurrence de TVP proximale ou embolie pulmonaire [Grade C](#)
 - mise en place d'un filtre cave permanent [Grade C](#)
 - persistance d'un syndrome obstructif post-thrombotique symptomatique sévère [AE](#)
 - HTAP [Grade C](#)
 - embolie pulmonaire associée à un état de choc [AE](#)
 - **préférence du patient**
- En présence d'un des facteurs ci-dessus, la durée totale du traitement recommandée est :
 - En cas de MTEV avec facteur déclenchant majeur transitoire : 6 mois [AE](#) ; il n'y a pas de données dans la littérature avec un traitement supérieur à 6 mois.
 - En cas de premier épisode de MTEV non provoquée : 1 à 2 ans [AE](#) ; le rapport bénéfice/risque est inconnu au-delà de 2 ans, il est en cours d'évaluation.
 - En cas de MTEV non provoquée récidivante, le rapport bénéfice/risque d'un traitement d'une durée non limitée est favorable. [Grade B](#)


Qualité de l'anticoagulation

- Facteurs de modulation pour une réduction de la durée du traitement :
 - âge des patients (moins ou plus de 65 ans)
 - antécédents d'hémorragie digestive
 - accident vasculaire cérébral
 - alcoolisme chronique
 - diabète
 - prise concomitante de traitements antiagrégants.
 - observance médiocre
- En présence d'un de ces facteurs, la durée totale du traitement recommandée est :
 - en cas de MTEV avec facteur déclenchant majeur transitoire : 3 mois maximum ;[AE](#)
 - en cas de premier épisode de MTEV non provoquée : 6 mois, voire 3 mois ;[AE](#)
 - en cas de MTEV non provoquée récidivante : 6 mois voire 3 mois avec possibilité de reprendre le traitement si la balance bénéfique/risque devient favorable pour un traitement prolongé.

Qualité de l'anticoagulation

- Critères ne devant pas modifier la durée du traitement :
 - ne pas doser les D-Dimères en fin de traitement pour décider de la prolongation de la durée de traitement au-delà de 3 mois [Grade B](#)
 - ne pas réaliser un échodoppler en fin de traitement pour décider de sa prolongation au-delà de 3 mois [Grade B](#)
- En pratique, il est très difficile de définir la durée du traitement en fonction d'une éventuelle thrombophilie associée.
 - L'influence des thrombophilies biologiques sur le risque de récurrence est incertaine mais probable pour les plus sévères [Grade C](#)
 - et inexistante pour les plus fréquentes [Grade A](#).

La compression veineuse

- À la phase aiguë d'une thrombose veineuse profonde proximale et distale symptomatique
 - il est suggéré le port d'une compression élastique d'au moins 20 mmHg (classe 3) à la cheville pour soulager les symptômes douloureux et l'œdème du membre 
- En l'absence de SPT évalué par l'échelle de Villalta à 6 mois d'une TVP proximale
 - il est suggéré d'interrompre le port d'une compression élastique
- Il est suggéré de réévaluer l'efficacité clinique de la compression avant tout renouvellement de prescription

Traitement du SPT

- Renforcement musculaire suivi pendant au moins 6 mois
- Traitement de l'ulcère d'origine veineuse: URGOK2
- Compression veineuse de classe 2 ou 3:
 - En cas d'œdème
 - En l'absence d'œdème si apporte un soulagement

Traitement du SPT

- Chirurgical
 - Pour un patient à symptomatologie sévère avec une occlusion veine fémorale commune, iliaque externe, iliaque primitive, veine cave inférieure
 - Angioplastie +/- stenting
 - Transfert de segment veineux valvulé
- Indications discutés au cas par cas dans centres experts

Conclusion SPT

- Le mieux c'est de l'éviter:
 - Anticoagulation précoce et de durée suffisante
 - Bonne observance
 - **Activité physique: sport sur ordonnance**





Merci



BRAVO



CEAP

- Clinique
 - C0: aucun signe visible ou palpable de maladie veineuse
 - C1: télangiectasies ou veines réticulaires
 - C2: veines variqueuses
 - C3: œdème
 - C4a: troubles trophiques: pigmentation ou eczéma
 - C4b: troubles trophiques: lipodermatosclérose ou atrophie blanche
 - C5: ulcère veineux cicatrisé
 - C6: ulcère veineux non cicatrisé
- E: étiologie
 - Ep: primaire
 - Es: secondaire
 - Esi: secondaire intraveineux
 - Ese: secondaire extraveineux
 - Ec: congénital
 - En: sans cause veineuse identifiée
- A: Anatomie
 - As: veines superficielle
 - Ap: veines perforantes
 - Ad: veines profondes
 - An: aucun emplacement veineux identifié
- P: Physiopathologie
 - Pr: Reflux
 - Po: Obstruction
 - Pr, o: Reflux et Obstruction
 - Pn: aucune physiopathologie veineuse connue



Score de Villalta



	Absent	Léger	Modéré	Sévère
Symptômes				
Douleurs	0	1	2	3
Crampes	0	1	2	3
Lourdeurs	0	1	2	3
Paresthésies	0	1	2	3
Prurit	0	1	2	3
Signes				
Œdème pré tibial	0	1	2	3
Induration cutanée	0	1	2	3
Dermite ocre	0	1	2	3
Rougeur	0	1	2	3
Varices	0	1	2	3
Douleurs à la compression du mollet	0	1	2	3
Ulcère veineux	Absent			Présent
Chaque symptôme et signe clinique est évalué sur une échelle allant de 0 à 3. Le score est ensuite calculé en faisant la somme des différents items pour obtenir un score total: 0-4 points, SPT absent; 5-9 points, SPT léger; 10-14 points, SPT modéré; 15 et plus ou présence d'un ulcère, SPT sévère.				

Score de Wells simplifié

- Cancer actif : en cours de traitement curatif ou palliatif ou découvert depuis moins de 6 mois
 - Paralysie, parésie ou immobilisation du membre suspect
 - Alitement récent > 3 j ou chirurgie majeure datant de moins de 3 mois
 - Tension douloureuse localisée
 - Œdème global de tout le membre
 - Circonférence du mollet augmentée de 3 cm par rapport au membre controlatéral
 - Œdème prenant le godet
 - Circulation veineuse collatérale
 - Antécédent de thrombose veineuse
 - Autre diagnostic au moins aussi probable que la TVP
- **Si le score est < 2, le malade est à faible risque de phlébite (5%) et si le score est ≥ 2, le risque est égal à 28%**



Classe des compressions veineuses

- Classe I: 10 à 15 mmHg
- Classe II: 15 à 20 mmHg
- Classe III: 20 à 36 mmHg
- Classe IV > 36 mmHg

